

■ Artigo Original

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180133>

Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais

*Patient safety culture in primary health care: analysis by professional categories**Cultura de seguridad del paciente en la atención primaria de salud: análisis por categorías profesionales*

Daiane Cortêz Raimondi^{a,b}
Suelen Cristina Zandonadi Bernal^a
João Lucas Campos de Oliveira^c
Laura Misue Matsuda^a

Como citar este artigo:

Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JLC, Matsuda LS. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180133. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180133>.

RESUMO

Objetivo: Comparar a cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde.

Método: Estudo transversal realizado entre abril e maio de 2017 em um município do sul do Brasil com 144 trabalhadores que responderam ao instrumento "Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária". Além da análise descritiva, para comparar a cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais, aplicou-se o teste Kruskal-Wallis, seguido do teste post hoc de comparações múltiplas de Dunn.

Resultados: A maior e menor pontuação geral de respostas positivas à cultura de segurança do paciente foi respectivamente para enfermeiros (67,70%) e agentes comunitários de saúde (46,73%). Nas análises comparativas, os médicos, agentes comunitários de saúde e dentistas apresentaram diferenças significativas em comparação às demais categorias, tendendo à cultura menos positiva.

Conclusão: Houve diferença na cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais investigadas.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura organizacional. Atenção primária à saúde. Equipe de assistência ao paciente. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To compare the patient safety culture among the professional categories working in Primary Health Care.

Method: A cross-sectional study carried out between April and May 2017 in a municipality in south Brazil, with 144 workers who answered the instrument "Research on Patient Safety Culture for Primary Care". In addition to the descriptive analysis, the Kruskal-Wallis test was used to compare the patient safety culture among the professional categories followed by the post hoc Dunn multiple comparisons test.

Results: The highest and lowest overall scores of positive responses to the patient's safety culture were respectively for nurses (67.70%) and community health agents (46.73%). In the comparative analyses, the physicians, community health agents, and dentists had significant differences in comparison to the other categories, tending toward a less positive culture.

Conclusion: Differences were observed in the patient safety culture among professional categories investigated.

Keywords: Patient safety. Organizational culture. Primary healthcare. Patient care team. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Comparar la cultura de seguridad del paciente entre las categorías profesionales actuantes en la Atención Primaria a la Salud.

Método: Estudio transversal realizado entre abril y mayo de 2017 en un municipio del sur de Brasil con 144 trabajadores que respondieron al instrumento "Investigación sobre Cultura de Seguridad del Paciente para Atención Primaria". Además del análisis descriptivo, para comparar la cultura de seguridad del paciente entre las categorías profesionales, se aplicó la prueba Kruskal-Wallis, seguida de la prueba post hoc de comparaciones múltiples de Dunn.

Resultados: La mayor y menor puntuación general de respuestas positivas a la cultura de seguridad del paciente fue respectivamente para enfermeros (67,70%) y de agentes comunitarios de salud (46,73%). En los análisis comparativos, los médicos, agentes comunitarios de salud y dentistas presentaron diferencias significativas en comparación a las demás categorías, tendiendo a la cultura menos positiva.

Conclusión: Hubo diferencias en la cultura de seguridad del paciente entre las categorías profesionales investigadas.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Cultura organizacional. Atención primaria de salud. Grupo de atención al paciente. Enfermería.

^a Universidade Estadual de Maringá (UEM), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

^b Universidade Paranaense (UNIPAR), Curso de Graduação em Enfermagem. Umuarama, Paraná, Brasil.

^c Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Curso de Graduação em Enfermagem. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um elemento essencial à qualidade da assistência à saúde, pois compreende ações que objetivam gerenciar e prevenir riscos que os pacientes estão expostos⁽¹⁾. Deste modo, a segurança se configura como redução estratégica e contínua do potencial danoso no processo assistencial⁽²⁾.

Para o alcance do cuidado dito seguro, as instituições de saúde têm se esforçado em melhorar os processos de cuidado, reconhecendo em primeira instância a importância de se estabelecer a cultura de segurança do paciente no seu *modus operandi*⁽³⁾. A cultura de segurança é definida como o conjunto de ações, competências e comportamentos que definem o comprometimento com a gestão da segurança, suprimindo a punição pela chance de o profissional e a equipe aprender com as falhas e melhorar a assistência à saúde prestada⁽²⁾. Em outras palavras, significa atuar com humanização, habilidade, responsabilidade e comprometimento com a segurança e a saúde do paciente, objetivando ofertar assistência segura, com integralidade, resolutividade e redução de riscos/danos aos pacientes.

Para implementar a cultura de segurança do paciente é necessária a compreensão de crenças, valores e normas sobre o que a instituição cultua como importante, quais ações e comportamentos voltados à segurança do paciente são esperados e estimulados, além de monitorados⁽³⁾. Com isso em vigor, a efetivação da cultura positiva para a segurança do paciente na instituição de saúde tende a favorecer cuidados seguros e de qualidade⁽⁴⁾.

Em relação à segurança do paciente, parece haver mais incidentes e eventos adversos no contexto hospitalar⁽⁵⁾; entretanto, estes também podem ocorrer em outros níveis de atenção à saúde, como na Atenção Primária à Saúde (APS)⁽⁶⁾. Ao exemplo disso, um estudo brasileiro que teve o objetivo de identificar os incidentes ocorridos na assistência à saúde na APS constatou razão de incidentes de 1,11% na APS, no qual 82% ocasionaram danos aos pacientes⁽⁷⁾.

A fim de colaborar com a identificação de práticas inseguras na APS, a Fundação de Saúde de Londres analisou investigações realizadas entre 2000 a 2011 sobre incidentes e danos decorrentes da assistência na APS e constatou que, além da escassez de estudos sobre o tema, os danos oscilavam entre menos de um a 24% e cerca de 2% das consultas realizadas na APS se relacionavam com incidentes e eventos adversos⁽⁸⁾.

Diante dos casos de insegurança do paciente e com intuito de promover e incentivar práticas assistenciais seguras, o Brasil tornou-se um dos países integrantes da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Esta, instituída em

2004 pela Organização Mundial de Saúde, com intuito de incentivar países a se comprometerem com a promoção da assistência segura e de qualidade em todos os níveis assistenciais⁽⁹⁾.

No sentido de atingir os objetivos propostos pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, foi instituído no Brasil em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529/2013⁽⁹⁾.

Mesmo diante da implantação do PNSP, o incentivo à segurança do paciente e efetivação da cultura de segurança na APS só foram mencionados na atualização da Política de Atenção Básica do país, publicada pela Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017⁽¹⁰⁾. A referida Portaria destaca a necessidade da implantação de ações de segurança do paciente no âmbito da APS, para a promoção de cuidados seguros e ao incentivo da cultura de segurança do paciente entre profissionais atuantes na APS⁽¹⁰⁾.

Considerando a clara dualidade de incipiência do conhecimento no Brasil sobre segurança do paciente na APS e a relação entre cultura de segurança do paciente com cuidados seguros, além da possibilidade de se obter diagnósticos situacionais do fenômeno estudado pontualmente por categorias profissionais, este estudo se norteou pelas perguntas: Como se apresenta a cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais atuantes na APS? Existe diferença na cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais atuantes na APS? Portanto, o objetivo consistiu em comparar a cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde.

MÉTODO

Estudo transversal de abordagem quantitativa realizado com as equipes vinculadas a APS de um município de médio porte da região sul do Brasil, quais sejam: Equipe de Saúde da Família (eSF), Equipe de Atenção Básica (eAB) e Equipe de Saúde Bucal (eSB).

O município possui seis eAB (4 enfermeiros, 8 médicos, 4 auxiliares/técnicos de enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde – ACS); 22 eSF (22 enfermeiros, 39 médicos, 61 auxiliares/técnicos de enfermagem e 111 ACS); 17 eSB (21 dentistas e 17 auxiliares/técnicos de saúde bucal). Assim, o município em estudo conta com 26 enfermeiros, 46 médicos, 21 dentistas, 65 auxiliares/técnicos de enfermagem, 17 auxiliares/técnicos de saúde bucal e 122 ACS, que totalizam 297 profissionais atuantes nas equipes de APS.

A população do estudo foi composta por profissionais das equipes referidas, respeitando-se os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfer-

magem, médico, dentista, auxiliar de saúde bucal ou agente comunitário de saúde. Foi utilizado como critério de exclusão: profissionais que atuam há menos de 12 meses nas equipes de APS (eSF, eAB e eSB).

Os profissionais farmacêuticos, trabalhadores de serviços gerais, auxiliares administrativos, estagiários do curso de graduação, estagiários do ensino médio, não participaram do estudo devido a escassez e alta rotatividade destes entre as unidades, além de muitos apresentarem atuação inferior a 12 meses na equipe, conforme conhecimento prévio.

Não houve procedimento de amostragem, pois a totalidade de trabalhadores das categorias em estudo foi convidada à participação, verificando-se previamente os critérios de elegibilidade.

A coleta de dados foi realizada entre abril a maio de 2017 por meio da aplicação do instrumento "*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*" (MOSPSC), o qual foi traduzido e adaptado para o Brasil em 2016, intitulando-se "*Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária*"⁽¹¹⁾. Este questionário identifica se a cultura de segurança do paciente na APS é positiva/favorável ao cuidado seguro, quando o percentual de respostas positivas for acima de 50%, além de apontar as áreas que necessitam de melhorias⁽¹¹⁾.

O referido instrumento é composto por nove Seções, a saber: **Seção A:** possui 10 questões relacionadas à segurança do paciente e à qualidade da assistência; **Seção B:** 4 questões sobre troca de informações entre a equipe e outras instituições de serviços de saúde; **Seção C:** 15 questões relacionadas a temática "trabalhando neste serviço de saúde"; **Seção D:** 12 questões sobre a comunicação entre os profissionais e o acompanhamento do paciente; **Seção E:** 4 questões relacionadas ao apoio dos profissionais pelos gestores/administradores/líderes; **Seção F:** 7 questões sobre a temática "seu serviço de saúde"; **Seção G:** 2 questões referentes a avaliação global sobre o serviços de saúde prestado; **Seção H:** 3 questões sobre a prática profissional; **Seção I:** 1 questão discursiva sobre comentários dos participantes⁽¹¹⁾.

Ressalta-se que nas Seções A até a seção G as questões são dispostas em escalas tipo *Likert*, na Seção H as questões proporcionam respostas do tipo múltipla escolha e na Seção I, há uma questão aberta, cuja resposta deve ser enunciada na forma discursiva⁽¹¹⁾, da qual os seus resultados não foram apresentados neste estudo, respeitando-se seu desenho de investigação e objetivo.

É válido mencionar que para utilização do referido questionário, foi solicitado autorização para as autoras que realizaram a tradução, adaptação e validação para o contexto brasileiro por e-mail em julho de 2016, no qual ambas autorizaram a aplicação do instrumento.

Para a coleta de dados, após autorização do início da pesquisa pela Coordenadora da Atenção Primária do município investigado, os enfermeiros responsáveis de cada equipe foram contatados para agendamento da data e horário do início desta fase da pesquisa. No dia e hora agendados, a pesquisadora se dirigiu ao espaço assistencial das APS e informou os membros de cada equipe sobre os objetivos do estudo, procedimentos de coleta de dados e questões éticas.

Mediante o aceite selado pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi entregue a cada participante o instrumento de coleta de dados o qual foi recolhido no final do turno pelo enfermeiro de cada equipe. Para garantir o sigilo das respostas, os profissionais foram orientados para colocar o instrumento preenchido em um envelope fornecido pela pesquisadora e, caso preferissem, poderiam lacrar o mesmo.

O tratamento e a análise dos dados do instrumento MOSPSC cumpriram as recomendações da *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ), utilizando à porcentagem de respostas positivas a cultura de segurança do paciente⁽¹²⁾.

O referido instrumento permite identificar se a cultura de segurança do paciente na APS é positiva, mas para isso, em média, o percentual de respostas positivas deve atingir 50% ou mais, além de identificar as áreas que necessitam de melhorias⁽¹²⁾.

Para obtenção do percentual de respostas positivas, foi realizado o agrupamento das respostas, no qual para as perguntas de teor positivo foram consideradas as respostas: várias vezes em 12 meses; uma ou duas vezes em 12 meses ou não aconteceu; concordo totalmente ou concordo; quase sempre ou sempre; bom, muito bom e excelente. Consta no Quadro 1 um exemplo do cálculo da porcentagem de respostas positivas, em questão positiva.

Já nas questões de teor negativo, consideraram-se as respostas discordo totalmente ou discordo como respostas positivas para a cultura de segurança do paciente. A inversão dos pontos de cada resposta para cálculo da porcentagem de respostas positivas em questões negativas está exemplificada no Quadro 2.

É válido destacar que o instrumento utilizado permite a identificação das dimensões consideradas "pontos fortes" da cultura de segurança do paciente, quando em média, o percentual de respostas positivas for igual ou superior a 75% e como "pontos fracos" quando os percentuais de respostas positivas forem inferiores a 60%⁽¹²⁾. De acordo com a *Agency for Health Care Research and Quality*, resultados de dimensões inferiores a 60% de respostas positivas necessitam de melhorias⁽¹²⁾.

Seção C – Trabalhando neste serviço de saúde. Questão 4: Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados?

Ponto e Resposta	Frequência de Respostas	Porcentagem de Resposta	Porcentagem combinada
1 – Discordo totalmente	1	10%	20% Negativa
2 – Discordo	1	10%	
3 – Não concordo, não discordo	2	20%	20% Neutra
4 – Concordo	4	40%	60% Positiva
5 – Concordo Totalmente	2	20%	
Total	10	100%	100%
9 – Não se aplica ou não sei	2		-
Número total de respostas	12		-

Quadro 1 – Exemplo de cálculo de respostas positivas

Fonte: Agency for Health Care Research and Quality, 2015.

Seção C – Trabalhando neste serviço de saúde. Questão 8: Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável?

Resposta	Pontos das respostas	Inversão dos pontos das respostas
Discordo totalmente	1	5
Discordo	2	4
Não concordo, não discordo	3	3
Concordo	4	2
Concordo totalmente	5	1

Quadro 2 – Exemplo de inversão dos pontos das respostas para cálculo da porcentagem de respostas positivas em questões negativas

Fonte: Agency for Health Care Research and Quality, 2015.

Os dados foram analisados no Programa *Statistical Analysis Software* (SAS), versão 9.4, a partir de uma base de dados mediante tabulação no *Microsoft Office Excel* de 2010. Para comparar a diferença entre os escores totais atribuídos às diferentes dimensões, que compõem a cultura de segurança do paciente nas diversas categorias profissionais atuantes na APS, foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis*, seguido do teste *post hoc* de comparações múltiplas de *Dunn*. Considerou-se o nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$) e p-valor $<0,05$.

Este estudo foi desenvolvido conforme os preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾, sendo aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá através do parecer nº 1.963.656/2017. Trata-se de recorte da dissertação intitulada “Cultura de Segurança do Paciente: Análise na Atenção Primária à Saúde”⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

Apresenta-se na Figura 1 o esquema que demonstra a seleção dos participantes. No qual pode-se verificar que

participaram da pesquisa 144 profissionais atuantes nas equipes de atenção primária, sendo estes enfermeiros ($n=16$), médicos ($n=8$), auxiliares e/ou técnicos de enfermagem ($n=31$), agentes comunitários de saúde ($n=63$), dentistas ($n=15$) e técnicos de saúde bucal ($n=11$). No momento da coleta de dados, 54 profissionais não participaram porque se encontravam em férias, licença prêmio ou afastados por problema de saúde, 18 profissionais foram excluídos por atuarem na equipe há menos de 12 meses e 22 por não responderem ao questionário na íntegra, sendo um médico, dois auxiliares/técnicos de enfermagem e 19 ACS.

Identificou-se que os profissionais que não responderam o questionário na íntegra, deixaram de responder as dimensões referente ao apoio dos gestores e sobre seu serviço de saúde, o que pode estar relacionado com o fato de que o município estava realizando uma avaliação de qualidade das equipes durante o processo de coleta de dados do presente estudo, isto pode ter proporcionado um receio dos profissionais de responder as questões e serem prejudicados na avaliação, mesmo sendo orientados sobre os objetivos do estudo e o sigilo da pesquisa. Acredita-se ainda que essa avaliação

realizada pelo município prejudicou a aceitação dos profissionais em participar do presente estudo, visto que a avaliação municipal reflete nas gratificações salariais dos profissionais.

Em relação ao perfil profissional e sociodemográfico dos participantes do presente estudo constatou-se que: 132 (91,6%) profissionais eram do sexo feminino; 82 (56,93%) possuíam 30 a 49 anos de idade; 94 (65,27%) profissionais eram casados e 78 (54,16%) atuavam entre um a cinco anos na equipe.

Entre os profissionais, 11 (68,65%) enfermeiros, oito (100%) médicos e 35 (55,55%) ACS atuavam na equipe de um a menos de três anos; 16 (51,61%) auxiliares/técnicos

de enfermagem, 10 (66,66%) dentistas e oito (72,72) auxiliares/técnicos de saúde bucal atuavam de seis a menos de 11 anos na equipe.

Em relação à escolaridade, todos os enfermeiros, médicos e dentistas possuíam pós-graduação. Os auxiliares/técnicos de enfermagem e saúde bucal possuem ensino técnico completo, no qual ainda cinco (45,45%) dos auxiliares/técnicos de saúde bucal e sete (22,58%) auxiliares/técnicos de enfermagem contam com ensino superior completo. Já em relação aos ACS, seis (9,52%) possuem ensino fundamental, 38 (60,31%) ensino médio, três (4,79%) ensino técnico e 16 (25,39%) possuíam ensino superior completo.

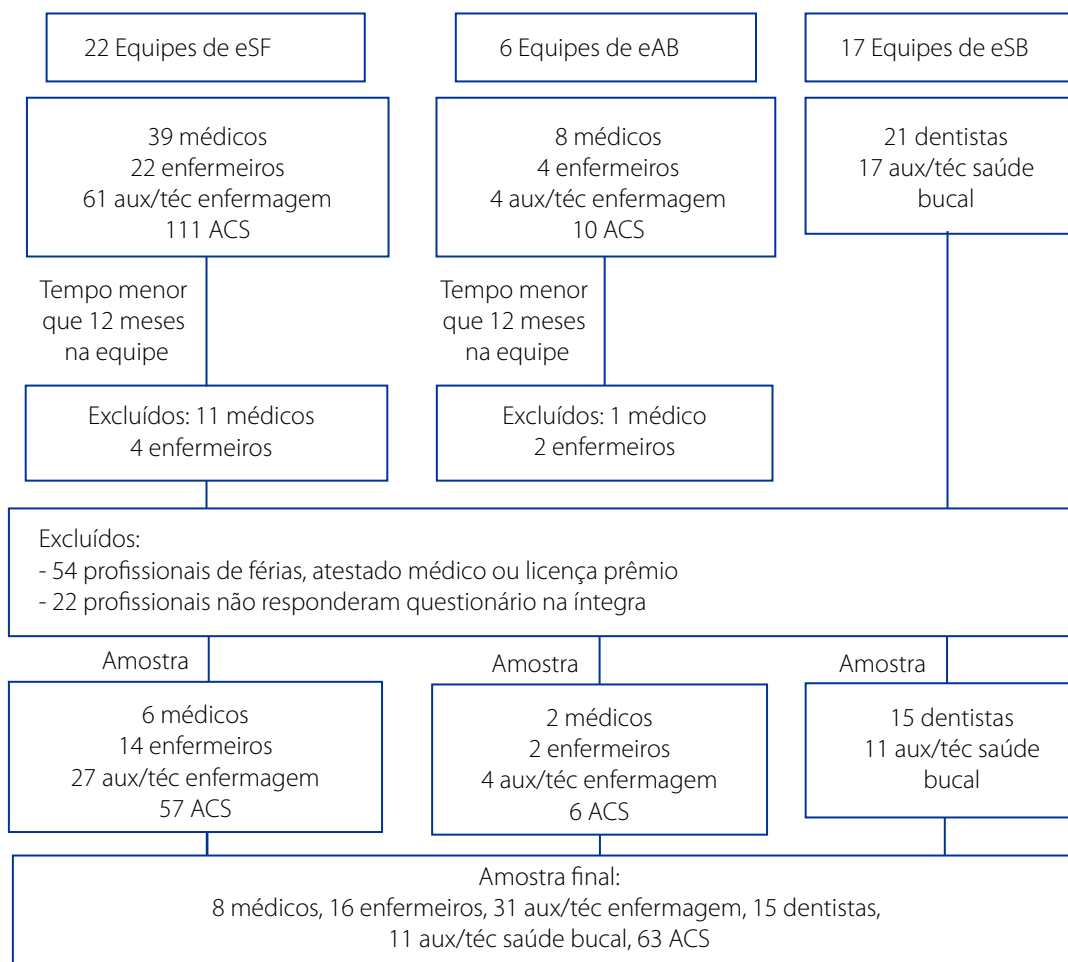


Figura 1 – Esquema do processo de seleção dos participantes. Paraná, Brasil, 2017

Fonte: Autora, 2018.

No Gráfico 1 consta a análise descritiva das respostas positivas por dimensão da cultura de segurança do paciente, segundo a categoria profissional.

Respeitando o ponto de corte do instrumento empregado, no que se refere à média geral de respostas positivas, pode-se constatar que os enfermeiros (67,70%), auxilia-

res/técnicos de enfermagem (62,84%), auxiliares/técnicos de saúde bucal (59,46%), dentistas (58,06%) e médicos (51,79%) apresentaram cultura positiva de segurança do paciente. No entanto, os profissionais ACS apresentaram 46,73% de respostas positivas, indicando cultura de segurança do paciente desfavorável.

Pode-se observar que a “avaliação global” foi a única dimensão que se apresentou negativamente entre todos os profissionais da APS. Por outro lado, as dimensões

“serviço de saúde” e “comunicação e acompanhamento” apresentaram-se positivamente entre todas as categorias profissionais.

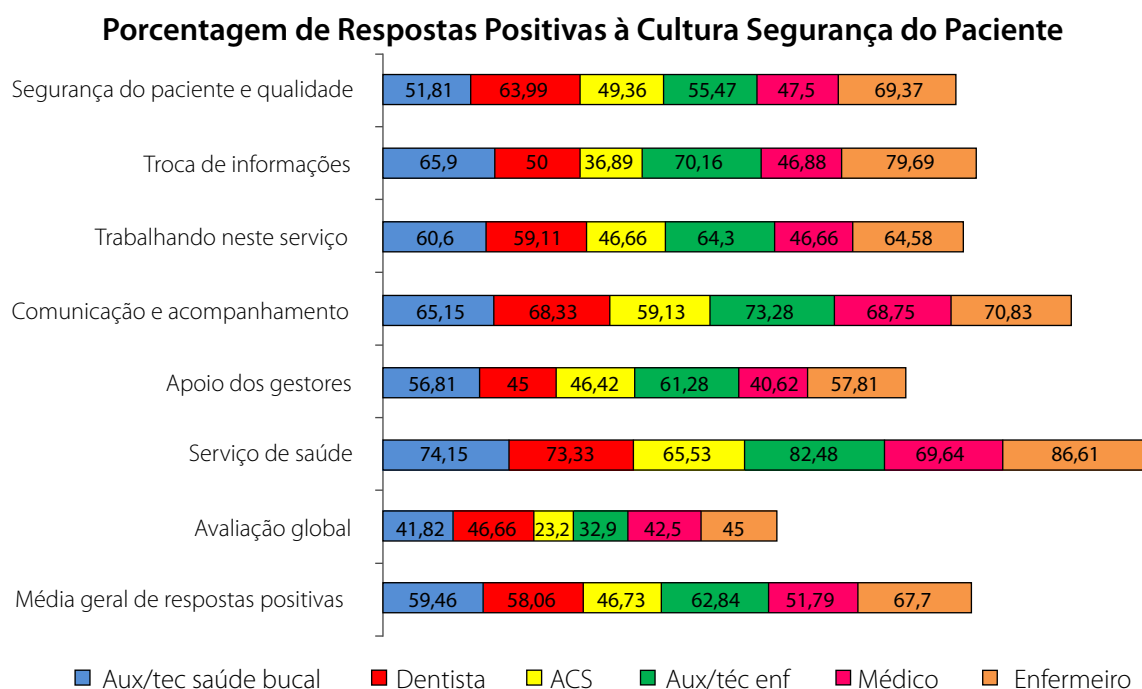


Gráfico 1 – Porcentagem das respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do paciente segundo a categoria profissional atuante na APS. Paraná, Brasil, 2017.

Fonte: Autora, 2018.

Ilustra-se na Tabela 1 as diferenças, na comparação das dimensões da cultura de segurança, entre as categorias profissionais. Verifica-se que as dimensões “troca de informações” (0,0001) e “apoio dos gestores” (0,0390)

apresentaram diferenças significativas negativas, entre médicos, dentistas e ACS, em relação a enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e auxiliares/técnicos de saúde bucal.

Tabela 1 – Comparação das dimensões da cultura de segurança do paciente segundo a categoria profissional atuante na APS. Paraná, Brasil, 2017

Dimensões	Enfermeiro	Médico	Aux/ téc enferm	ACS	Dentista	Aux/téc saúde bucal	p-valor
Segurança do paciente e qualidade							0,0428*
Troca de informações	a	b	a	b	b	a	0,0001
Trabalhando neste no serviço	a	b	a	b	a	a	0,0001
Comunicação e acompanhamento							0,1237
Apoio dos gestores	a	b	a	b	b	a	0,0390
Serviço de saúde	a	b	a	b	a	a	0,0008
Avaliação Global							0,0600

Fonte: Autora, 2018.

*Não detectada a diferença entre as categorias profissionais pelo teste post hoc de Dunn.

Letras diferentes indicam diferenças significativas ($\alpha = 0,05$ e $p < 0,05$).

Nas dimensões “trabalho no serviço” (0,0001) e “serviço de saúde” (0,0008), os médicos e ACS apresentaram percentuais menores, resultando em diferença significativa quando comparados aos enfermeiros, dentistas, auxiliares/técnicos de enfermagem e auxiliares/técnicos de saúde bucal.

■ DISCUSSÃO

Constatou-se que as categorias profissionais participantes do estudo apresentaram cultura positiva de segurança do paciente, exceto os agentes comunitários de saúde (ACS). Os dados apresentados se diferenciam de um estudo que utilizou um questionário sobre a cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar realizado na Turquia com médicos, enfermeiros, parteiras e ACS atuantes nos espaços assistenciais da APS⁽¹⁵⁾, no qual se identificou cultura positiva de segurança do paciente em apenas 46% dos profissionais, com percentual baixo e negativo, ao contrário do presente estudo que constatou cultura positiva na maioria das categorias profissionais investigadas. Já o estudo que utilizou uma versão modificada de um questionário da área hospitalar sobre cultura de segurança do paciente no Irã⁽¹⁶⁾ com profissionais médicos, dentistas, parteiras, coordenador das unidades entre outros profissionais dos centros de saúde da APS, identificaram que a cultura de segurança se apresentava positiva em 57% dos profissionais.

Pode-se verificar que mesmo diante da cultura positiva de segurança do paciente entre a maioria das categorias profissionais, nenhuma dimensão apresentou média geral de respostas positivas consideradas como “pontos fortes” da cultura de segurança, ou seja, média de respostas positiva acima de 75%. Já a cultura de segurança do paciente entre os profissionais ACS, médicos, dentistas e auxiliares/técnicos de saúde bucal apresentaram médias de respostas positivas inferiores a 60%, e por isso, considerados como “pontos fracos” da cultura de segurança do paciente, os quais necessitam de melhorias.

Os profissionais ACS apresentaram cultura de segurança do paciente negativa à luz do instrumento de coleta de dados. Esta percepção diferente pode ter relação com o fato de os mesmos desenvolverem o trabalho diretamente na comunidade, permanecendo mais próximos da população e menos tempo com a equipe de saúde na unidade, além disso, pode-se destacar a escolaridade que pode ter relação com a percepção da cultura de segurança do paciente, visto que 69,83% dos ACS possuem até o ensino médio completo, diferentemente dos outros profissionais. Estes dados coadunam com uma pesquisa realizada no Brasil⁽⁶⁾, a qual evidenciou cultura positiva de segurança entre os participantes, porém, os ACS avaliaram de forma

diferente as atitudes de segurança do paciente, com percentuais menores que as outras categorias profissionais.

Por outro lado, a cultura negativa de segurança do paciente apresentada pelos ACS deve ser investigada, pois como os mesmos permanecem mais tempo na comunidade, fora da unidade de saúde, podem representar a visão dos usuários em relação ao serviço de saúde o que pode sugerir falhas de comunicação e integração entre a equipe de saúde, prejudicando a qualidade e segurança de assistência prestada.

Ainda que na análise por categorias profissionais os resultados, de forma geral, refletem positividade na cultura de segurança do paciente, verificou-se que todas as categorias profissionais apresentaram respostas negativas na dimensão “avaliação global”. Considerando que essa dimensão se relaciona com a assistência centrada no paciente; na eficiência e na imparcialidade dos cuidados prestados; no conhecimento científico dos profissionais da saúde e; nos processos para prevenir, detectar e solucionar problemas que podem afetar os pacientes⁽¹¹⁾, esse resultado pode indicar que os profissionais consideram que os cuidados prestados pela equipe carecem de segurança. Isto indica a necessidade da implantação e efetivação da educação permanente aos profissionais para prestarem assistência singular, humanizada, acolhedora e de qualidade pautada nos conhecimentos técnicos científicos.

Ante o exposto, dado semelhante foi constatado em Al-Mukala⁽¹⁷⁾, no Iêmen, no qual utilizou o mesmo instrumento do presente estudo, adaptado e validado em árabe e constatou que 47,5% dos profissionais atuantes na APS avaliaram de modo positivo a segurança do paciente e a qualidade do serviço prestado; e na Turquia, o percentual foi ainda menor (42%)⁽¹⁵⁾. Pode-se identificar a necessidade de sensibilizar e incentivar os profissionais para a realização de cuidados seguros e de qualidade, por meio de capacitações permanentes e adoção de medidas proativas que identifiquem riscos e reduzam a incidência de eventos adversos. Outra interpretação cabível é que, ainda que o comportamento individual e coletivo seja impulsionador da segurança do paciente vislumbrada pela cultura dos profissionais, as organizações não podem se eximir de prover os recursos e meios necessários para que a segurança de fato aconteça, o que possivelmente refletirá na cultura organizacional em prol a este bem.

Ao realizar a comparação da cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais, observou-se diferenças significativas em duas dimensões (troca de informações e apoio dos gestores), entre médicos, dentistas e ACS, em relação a enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e auxiliares/técnicos de saúde bucal, refletindo

resultados mais negativos nas primeiras categorias citadas. Assim, pode-se identificar que os médicos, dentistas e ACS apresentaram médias de respostas positivas inferiores as demais categorias profissionais, evidenciando falhas no processo de troca de informações entre os trabalhadores, mas também, na rede de atenção.

Os médicos e ACS apresentaram porcentual de respostas positivas inferiores as outras categorias em mais duas dimensões (trabalho no serviço e serviço de saúde) constatando assim diferenças significativas quando comparados com as outras categorias profissionais estudadas. Isso indica que as categorias profissionais em pauta refletem necessidade de melhorias, o que pode ter relação com o distanciamento ou pouco tempo de permanência destes profissionais com outros membros da equipe e/ou com a alta demanda de atendimento. Salienta-se que tal fato pode prejudicar a integração entre as categorias profissionais, o processo de comunicação, a discussão de casos, processo de trabalho e; consequentemente, na implantação de melhorias no serviço e na garantia da assistência integral, resolutive, segura e de qualidade à população⁽¹¹⁾.

Constatou-se então, que existem diferenças significativas na cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais da APS investigada. Acerca disso, um estudo realizado em 2011, no contexto da APS holandesa⁽¹⁸⁾, o qual comparou a cultura de segurança do paciente entre as diferentes categorias profissionais, salienta que, apesar de baixas, houve diferenças nas percepções das categorias profissionais. Diferente do resultado do presente estudo, pesquisas realizadas nos espaços assistenciais da APS na Turquia⁽¹⁵⁾ e no Irã⁽¹⁶⁾ não identificaram diferenças na cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais atuantes na atenção primária.

Em virtude das diferenças identificadas em quatro dimensões da cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais, ressalta-se a importância de intervenções junto à equipe, seja por meio de treinamentos, reuniões periódicas que objetivam a integração dos profissionais, revisão e discussão de casos clínicos e fluxos assistenciais, dentre outros⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Isso porque, promover espaços de debate conjunto para construção de ações rumo à melhoria da qualidade do cuidado e sua segurança talvez possa ser uma estratégia profícua ao avanço assistencial, além de constituir um baixo custo.

Conjectura-se que nos espaços onde a cultura de segurança é baixa ou desigual entre os trabalhadores há necessidade de valorização e motivação profissional; discussões periódicas sobre o processo de trabalho; práticas incentivadoras do cuidado seguro; inserção de

protocolos assistenciais de gestão de riscos e prevenção de incidentes. No contexto investigado, isso se salienta a respeito de médicos e ACS.

Como limitações deste estudo destacam-se a participação de profissionais que compõe a equipe mínima da eSF, eSB e eAB; a análise da APS de apenas um município; a necessidade de respostas ao instrumento de coleta de dados, com base no processo recordatório do profissional; a amostra do estudo, pois havia muitos profissionais de licença, férias, profissionais que atuavam na equipe há menos de 12 meses, além daqueles que não aceitaram participar da pesquisa. Diante disso, sugere-se investigações com outras abordagens como pesquisas de métodos mistos, a fim de se obter compreensão mais profunda da cultura de segurança do paciente no âmbito da APS, e que a diferença constatada entre categorias profissionais possa ser, possivelmente, desvelada.

■ CONCLUSÕES

Conclui-se que a cultura de segurança do paciente apresenta-se positiva entre a maioria das categorias profissionais atuantes na APS e que existe diferença na cultura de segurança dos trabalhadores investigados, em especial no que se refere aos médicos e ACS. Com isso, para promover/alavancar a cultura de segurança na APS, a implementação de ações de educação permanente a todas as equipes, com foco na assistência segura e de qualidade tende a ser uma das principais estratégias.

Os resultados deste estudo podem subsidiar discussões entre gestores e profissionais da saúde a fim de identificar as necessidades e limitações para o fomento da cultura de segurança positivo em todas as equipes e categorias profissionais da APS. Ademais, é válido salientar o ineditismo deste estudo, visto que até o momento, esta é uma das primeiras pesquisas sobre a cultura de segurança do paciente na APS com utilização do questionário "*Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária*".

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (CH). World Alliance for Patient Safety WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. Geneva: WHO; 2005.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Portaria nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 2013.
3. Famolaro T, Yount N, Burns W, Flashner E, Liu H, Sorra J. Hospital survey on patient safety culture 2016: user comparative database report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. AHRQ Publication No. 16-0021-EF.

4. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(Suppl 2):ii17-23. doi: https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa; 2017.
6. Paese F, Sasso GTMD. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2013 [citado 2017 jun 10] abr-jun;22(2):302-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>.
7. Marchon SG, Mendes Júnior WV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(11):2313-30. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>.
8. The Health Foundation (UK). Evidence scan: levels of harm in primary care. London: The Health Foundation; 2011.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF; 2013.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2017.
11. Timm M, Rodrigues MCS. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a atenção primária. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(1):26-37. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005>.
12. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Survey User's Guide: Medical Office Survey on Patient Safety Culture: Rockville, MD: AHRQ; 2015.
13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2013.
14. Raimondi, DC. Cultura de segurança do paciente: análise na Atenção Primária à Saúde [dissertação]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2018.
15. Bodur A, Filiz AE. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care* 2009;21(5):348-55. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp035>.
16. Tabrizchi N, Sedaghat M. The first study of patient safety culture in Iranian primary health centers. *Acta Medica Iranica*. 2012 [cited 2017 Aug 16];50(7):505-10. Available from: <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/3938>.
17. Webair HH, Al-assani SS, Al-Haddad RH, Al-Shaeeb WH, Selm MAB, Alyamani AS. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Family Practice*. 2015;16:136. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0355-1>.
18. Verbakel NJ, Melle MV, Langelaan M, Verheij TJM, Dorien W, Zwart LM. Exploring patient safety culture in primary care. *Int J Qual Health Care*. 2014;26(6):585-91. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu074>.
19. Marchon SG, Mendes Júnior WV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(9):1815-35. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114113>.
20. Acauan LV, Rodrigues MCS, Pereira JL. Gestão da qualidade em centro de diagnóstico por imagem e segurança do paciente: um ensaio reflexivo. *Cienc Cuid Saúde*. 2014 jan/mar;13(1):179-84. doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuid-saude.v13i1.19239>.

■ **Autor correspondente:**

Daiane Cortêz Raimondi

E-mail: daianetcortez@gmail.com

Recebido: 06.06.2018

Aprovado: 03.09.2018